

## ZAMÓWIENIE NA LUDZKI PRZESZCZEP KOSTNY (LPK)

Niniejszym składam zamówienie na następujące produkty (LPK – ludzkie przeszczepy kostne) dla pacjenta/-ów:

Kod LPK	Liczba	Niepowtarzalny numer lub inicjały pacjenta, dla którego zamawiany jest LPK	Data urodzenia pacjenta

<b>Pieczętka imienna lekarza zamawiającego przeszczep:</b>	<b>Pieczętka/dane praktyki lekarskiej/dane płatnika FV:</b>
	Nazwa: Adres: NIP: Tel: E-mail:
<b>Miejsce dostawy:</b>	
<b>Doręczenie LPK najpóźniej do:</b> <i>data i godzina</i>	____ / ____ / ____-____-____ d d / m m / r r r r      h h : m m

Oświadczam, iż:

- Jestem lekarzem dentystą/chirurgiem szczękowo-twarzowym/ortopedą (niepotrzebne skreślić) posiadającym wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (z późniejszymi zmianami) oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.
- Zamawiane LPK są dla konkretnych pacjentów i tylko dla nich będą stosowane. W przypadku konieczności zastosowania przeszczepu u innego pacjenta, fakt ten niezwłocznie zgłoszę do BT Global D Poland odsyłając uzupełniony „Formularz użycia przeszczepu” wskazując w nim dane właściwego biorcy;
- Jeden LPK będzie wykorzystany dla jednego konkretnego pacjenta;
- Przed wykonaniem zabiegu zapoznam pacjenta z informacjami dotyczącymi LPK;
- Zapewnię możliwość identyfikacji biorcy konkretnego przeszczepu;
- Niezwłocznie po użyciu przeszczepu odeślę wypełniony „Formularz użycia przeszczepu”
- Umieszczę „Arkusze identyfikacyjny materiału przeszczepowego” w dokumentacji medycznej pacjenta i oznaczę ją załączonymi etykietami;
- W przypadku niewykorzystania LPK na swój koszt zwrócę go do Banku Tkanek Global D Poland;
- W sytuacji otrzymania od Banku Tkanek Global D Poland informacji o konieczności wycofania LPK i zwrócenia LPK do Global D Poland, zrobię to natychmiastowo w ciągu 24h oraz zapewnię odpowiednią opiekę pacjentowi, któremu przeszczepiłem LPK, co do którego wszczęto procedurę wycofania;
- W razie wystąpienia istotnego zdarzenia bądź reakcji niepożądaną będę stosował się do wytycznych zawartych w Dyrektywie Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (z późniejszymi zmianami).
- Znam mi jest Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (z późniejszymi zmianami) wraz z aktami wykonawczymi do niej.

**Data i podpis lekarza:**.....

**Zwrot formularza: Bank Tkanek Global D Poland – ul. Okólnik 11a/69 – Warszawa 00-368 – tel. 506 545 640**  
**e-mail: [biobank@globald.pl](mailto:biobank@globald.pl)**